

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยแนวคิด โฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2557 ถึง เดือนตุลาคม 2557 รวม 4 เดือน ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 2 การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ส่วนที่ 3 คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ภายหลังการพัฒนา

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่บันทึกในบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 4-1

จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 11 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Range 22-50 ปี, \bar{X} = 30.33, SD = 7.98)		
22-25	4	36.36
26-30	3	27.28
31-35	2	18.18
36-40	0	0.00
40 ปีขึ้นไป	2	18.18
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	11	100
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง (ปี) (Range 3 เดือน-5 ปี, \bar{X} = 3.50, SD = 1.78)		
< 3 ปี	5	45.45
3-5 ปี	6	54.55
ประสบการณ์การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล		
ไม่เคย	4	36.36
เคย	7	63.64

จากตารางที่ 4-1 มีพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 11 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด หนึ่งในสามมีอายุระหว่าง 22-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.36 รองลงมาคือช่วงอายุ 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.28 ในช่วงอายุ 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.18 และ 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.18 ทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงอยู่ในช่วง 3-5 ปีมากที่สุดเท่ากับร้อยละ 54.55 รองลงมาคือ 0-3 ปีคิดเป็นร้อยละ 45.45 ส่วนประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลนั้น พยาบาลส่วนใหญ่

เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์จำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 63.64 และไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 36.36

ส่วนที่ 2 การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิด FOCUS-PDCA ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โดยมีการดำเนินการและผลลัพธ์ในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1.1 ขั้นตอนการค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ (Find a process to improve) โดยผู้ศึกษานำแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์จากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีวันนอน ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2557-31 พฤษภาคม 2557 จำนวน 40 ฉบับ ได้ผลการประเมินดังแสดงในตารางที่ 4-2 ตารางที่ 4-3 และภาคผนวก ซ

ตารางที่ 4-2

ร้อยละของผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงก่อนการพัฒนาคุณภาพจำแนกตามระยะของการบันทึก

ระยะ	การบันทึกครบถ้วน
การบันทึกระยะแรกเริ่ม	58.78
การบันทึกระยะต่อเนื่อง	40.30
การบันทึกระยะจำหน่าย	25.84
รวม	41.64

จากตารางที่ 4-2 แสดงให้เห็นว่าการบันทึกทางการแพทย์โดยรวมมีความถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดในแบบประเมินร้อยละ 41.64 ซึ่งเป็นผลการประเมินที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสภากาชาด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่กำหนดไว้มากกว่าร้อยละ 80 เมื่อจำแนกคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ในแต่ละระยะพบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในระยะแรกเริ่มมีความถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 58.78 ส่วนในระยะต่อเนื่องมีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์จำนวน 17 ข้อ พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ร้อยละ 40. ส่วนในระยะจำหน่ายมีคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ร้อยละ 25.84

ตารางที่ 4-3

ร้อยละของผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหอผู้ป่วยกระดูกหญิงก่อนการพัฒนาคุณภาพจำแนกตามกระบวนการพยาบาล

การบันทึกตามกระบวนการพยาบาล	การบันทึกครบถ้วน
การบันทึกด้านการประเมิน	42.10
การบันทึกด้านการวางแผน	46.02
การบันทึกด้านปฏิบัติการพยาบาล	42.26
การบันทึกด้านการประเมินผลการพยาบาล	36.19
รวม	41.64

จากตารางที่ 4-2 แสดงให้เห็นว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านการประเมินอยู่ที่ร้อยละ 42.10 ด้านการวางแผน ร้อยละ 46.02 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 42.26 และด้านการประเมินผลการพยาบาล ร้อยละ 36.19 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ

1.2 สร้างทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล (Organize a team that knows the process) ผู้ศึกษาได้เรียนเชิญหัวหน้าตึกกระดูกหญิงและพยาบาลที่ทำหน้าที่คณะทำงานประสานงานคุณภาพการพยาบาล (QA nurse) ประจำหอผู้ป่วยกระดูกหญิง รวม 2 ท่านเข้ามาเป็นทีมพัฒนาคุณภาพ โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมงาน การนัดหมายการประชุม นำทีมในการระดมสมอง และการสร้างความเห็นร่วมในการประชุม รวมทั้งการเตรียมสิ่งสนับสนุนต่างๆ ในการประชุม และการบันทึกเสียงการประชุม สำหรับหัวหน้าตึกทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน เพื่อให้ทีมสามารถใช้เครื่องมือคุณภาพชนิดต่างๆ ในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนา รวมทั้งเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจและจัดการข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในทีม ส่วนพยาบาลที่ทำหน้าที่ QA nurse ประจำหอผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นเลขานุการการประชุม มีหน้าที่จัดบันทึกรายงานการประชุมรวมทั้งข้อคิดเห็นจากสมาชิกทีม

1.3 ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล (clarify current knowledge of the process) ในวันที่ 30 มิถุนายน 2557 ผู้ศึกษานำเสนอปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงให้ทีมพัฒนาคุณภาพทราบและวางแผนดำเนินการประชุมร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติการอื่นๆ เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงที่ปฏิบัติในปัจจุบัน โดยการเขียนผังการไหลของกระบวนการบันทึกทางการพยาบาลทั้ง 3 ระยะคือ 1)ระยะแรกเริ่ม 2)ระยะต่อเนื่องและ3)ระยะ

จำหน่ายเนื่องจากทำได้ง่าย สะดวกและรวดเร็วรวมทั้งสามารถทำให้สมาชิกในทีมมองเห็นภาพรวมของกระบวนการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงทั้งหมดดังนี้

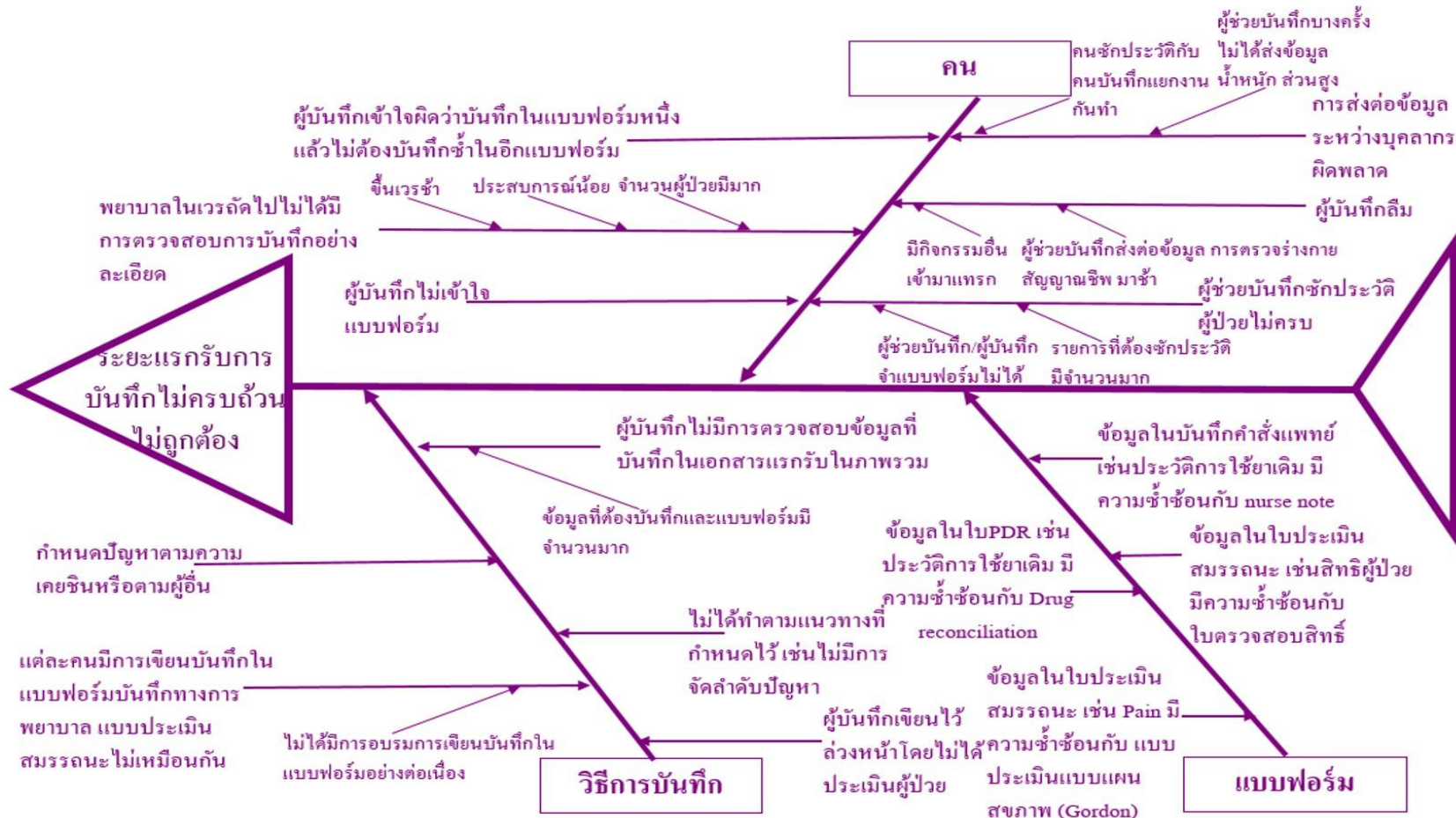
<p>1.การบันทึกในระยะแรกรับ</p> <p>การเขียน ข้อมูลผู้ป่วยขณะรับใหม่</p>	<p>⇒</p> <p>2.การบันทึกในระยะต่อเนื่อง</p> <p>การเขียนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>⇒</p> <p>3.การบันทึกในระยะจำหน่าย</p> <p>การเขียนข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่แพทย์มีคำสั่งจำหน่ายจนถึงผู้ป่วยกลับบ้าน</p>
<p><u>เอกสารที่เกี่ยวข้อง</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . บันทึกความก้าวหน้า . แบบบันทึกแผนการพยาบาล . แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบประเมินสมรรถนะ . แบบบันทึกเพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ . แบบบันทึกการเฝ้าระวังการปลัดตกหกล้ม . แบบบันทึกคำสั่งแพทย์ . แบบฟอร์มปรอท . Drug Reconciliation .แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 	<p><u>เอกสารที่เกี่ยวข้อง</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . บันทึกความก้าวหน้า . แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแบบประเมินสมรรถนะ . แบบบันทึกเพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ . แบบบันทึกการเฝ้าระวังการปลัดตกหกล้ม . แบบบันทึกคำสั่งแพทย์ . แบบฟอร์มปรอท . แบบบันทึกแผนการพยาบาล . Drug Reconciliation .แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 	<p><u>เอกสารที่เกี่ยวข้อง</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . บันทึกความก้าวหน้า . แบบบันทึกเพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ . แบบบันทึกการเฝ้าระวังการปลัดตกหกล้ม . แบบบันทึกคำสั่งแพทย์ . แบบฟอร์มปรอท . แบบบันทึกแผนการพยาบาล . แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
<p>ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลผู้ซักประวัติ 2. พยาบาลช่วยรับใหม่ 3. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 	<p>ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 	<p>ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลหัวหน้าเวร 2. พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

ภาพที่ 4-1 ผังการไหลของกระบวนการ การบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

1.4 ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนในการพัฒนาคุณภาพการบันทึก
ทางการพยาบาล (Understand causes of process variation) ผู้ศึกษาร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพบันทึก
ทางการพยาบาลหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ ทำการประชุมพยาบาลวิชาชีพในหอ
ผู้ป่วยโดยมีการนำเสนอผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล มีการระดมสมองเพื่อ
วิเคราะห์ปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงโดย
ใช้แนวคำถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจำนวน 5 ครั้ง ในระยะแรกเริ่ม มีการประชุมระดมสมอง 2 ครั้ง ระยะ
ต่อเนื่อง 2 ครั้ง และระยะจำหน่าย 1 ครั้ง ระหว่างการประชุมมีการนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่โดย
อาศัยผังก้างปลาเป็นเครื่องมือช่วยในการพิจารณาสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุด ซึ่งพบว่ามียปัจจัยที่ทำให้
การบันทึกทางการพยาบาลในระยะแรกเริ่ม ต่อเนื่อง จำหน่าย ไม่ครบถ้วนมี 3 ด้าน ได้แก่ คน วิธีการ
บันทึกและแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึก ดังแสดงในผังก้างปลาแต่ละระยะ

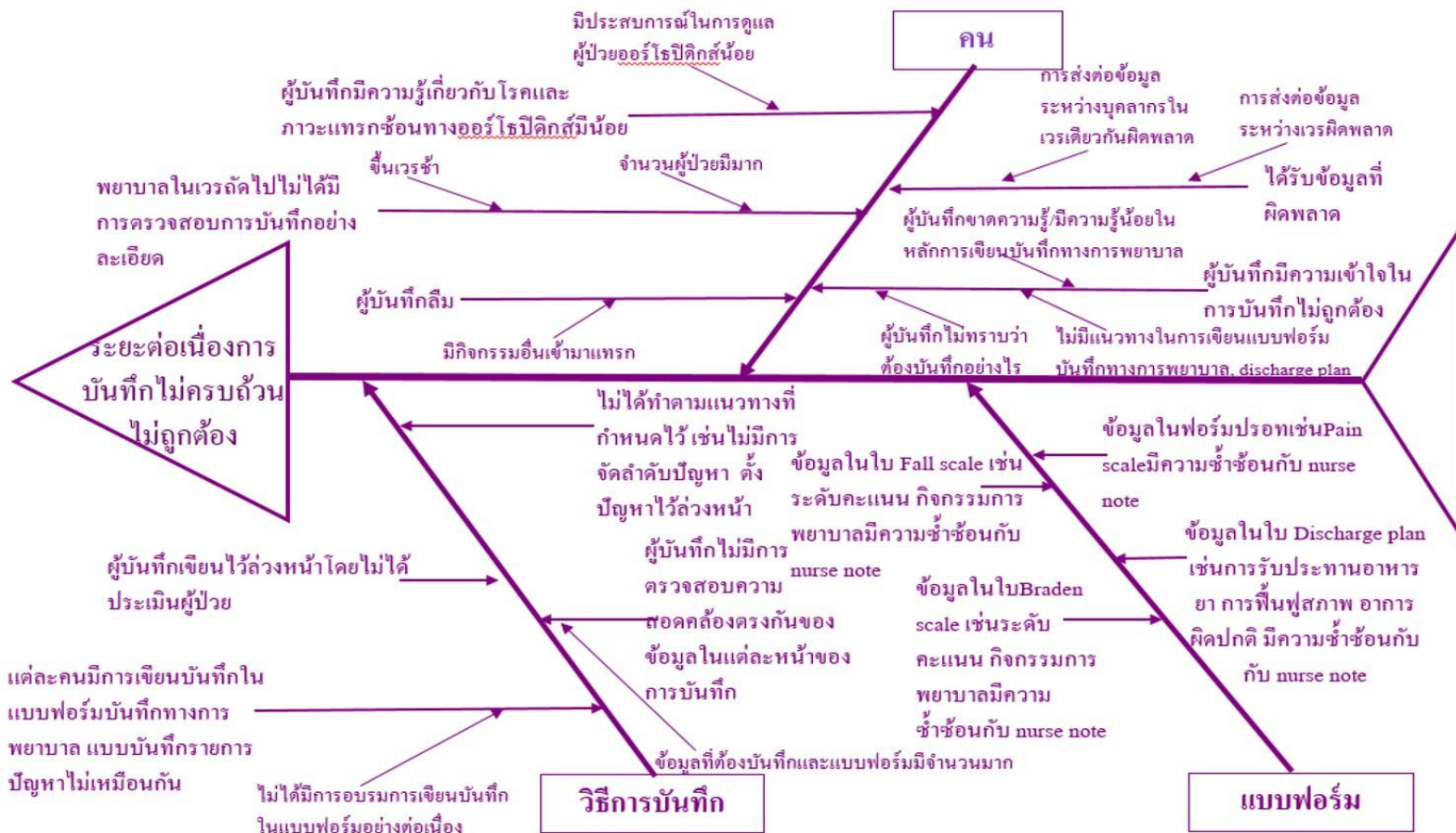


ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

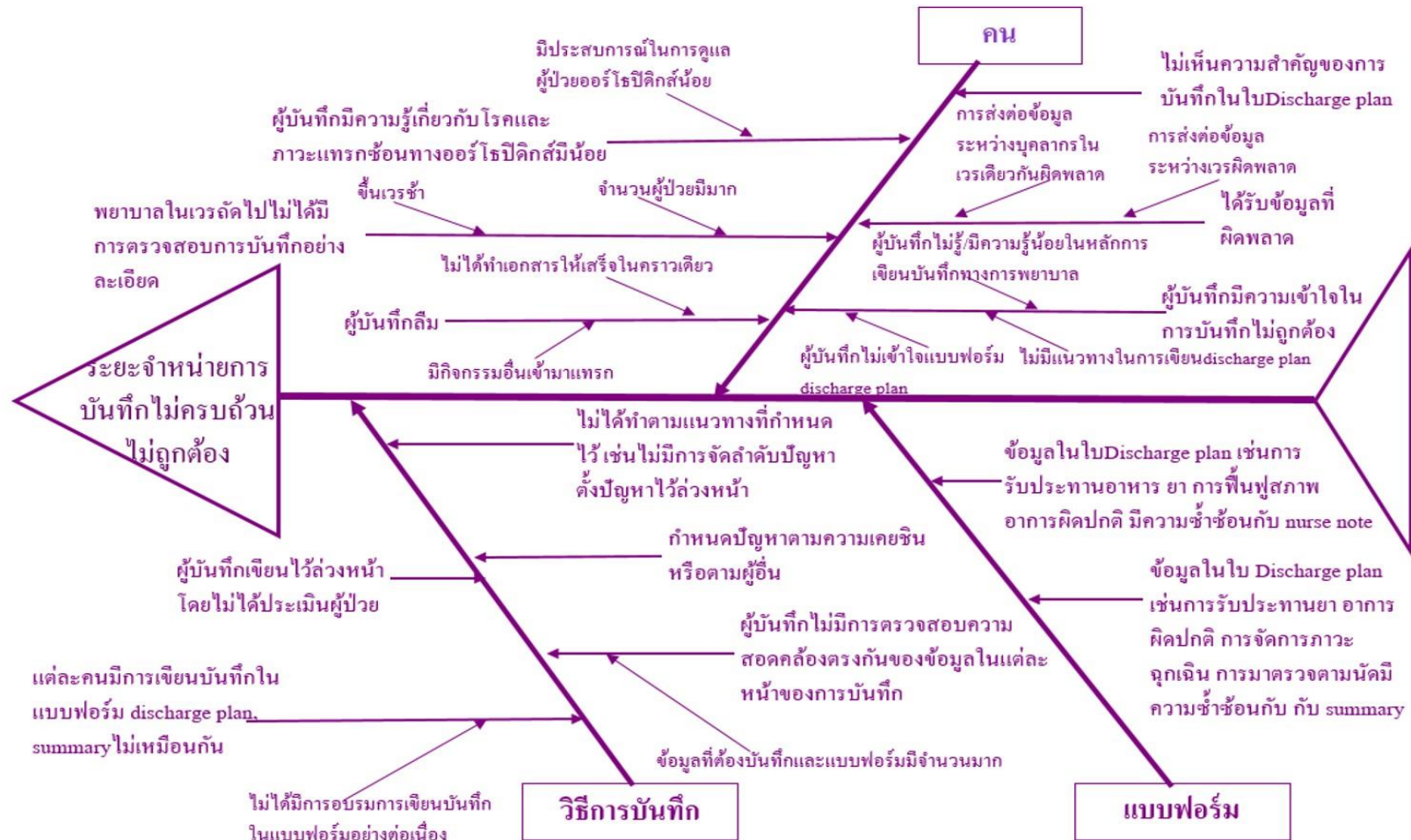


All rights reserved

ภาพที่ 4-2 ผังก้างปลาแสดงการวิเคราะห์สาเหตุการเขียนบันทึกได้ไม่ครบถ้วนในระยะแรก



ภาพที่ 4-3 ผังก้างปลาแสดงการวิเคราะห์สาเหตุการเขียนบันทึกได้ไม่ครบถ้วนในระยะต่อเนื่อง



ภาพที่ 4-4 ผังก้างปลาแสดงการวิเคราะห์สาเหตุการเขียนบันทึกได้ไม่ครบถ้วนในระยะจำหน่าย

1.5 การเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (select the processes improvement) ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ ประชุมร่วมกัน 1 ครั้ง ในวันที่ 11 เดือนสิงหาคม 2557 เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วนในแต่ละระยะของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการนำผังก้างปลาใน ระยะแรก รับ ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย ที่ได้จากการระดมสมองเพื่อหาสาเหตุในแต่ละปัจจัย นำมาจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขร่วมกัน ซึ่งทำให้ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วนแต่ละระยะ จากนั้นนำแนวทางการแก้ไขมา จัดหมวดหมู่ได้ 6 กลุ่ม ดังนี้ 1) ปรับปรุงวิธีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) กำหนดข้อตกลง ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 3) กำหนดข้อตกลงในการตรวจสอบซ้ำ 4) การส่งเสริมให้ พยาบาลมีความรู้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 5) ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก และ 6) เปลี่ยน รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

1.6 วางแผนในการปรับปรุงเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา (plan) ผู้ศึกษา ทีมพัฒนาคุณภาพ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่เป็นทีมปฏิบัติการในหอผู้ป่วย พิจารณาแนวทางใน การแก้ไขปัญหาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแต่ละระยะร่วมกัน ในวันที่ 29 สิงหาคม 2557 และกำหนด แนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยพิจารณาจากความสำคัญในการปรับปรุงและความเป็นไปได้ในการ ปรับปรุงโดยการลงความเห็นร่วม (consensus) ดังตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4

สรุปความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางแก้ไขการบันทึกไม่ครบถ้วนในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง

ข้อ	แนวทางการแก้ไข	เห็นด้วย	
		จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)
1	ปรับปรุงวิธีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (เฉพาะทีมพัฒนา)		
1.1	ปรับแนวทางการตรวจสอบ โดยถ้าพบการบันทึก ในเอกสารที่ใดที่หนึ่งให้คะแนนการบันทึก	2 (100)	0
1.2	มีการให้ข้อมูลย้อนกลับในเรื่องผลการตรวจสอบ เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง	2 (100)	0

ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

ข้อ	แนวทางการแก้ไข	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
2	กำหนดข้อตกลงในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล		
2.1	ห้ามพยาบาลเขียนบันทึกล่วงหน้า	6 (66.67)	3 (33.33)
2.2	พยาบาลผู้ซักประวัติต้องเขียนใบประเมินสมรรถนะแบบบันทึกเพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีผลกกดทับ แบบบันทึกการเฝ้าระวังการปลัดตกหกล้มและบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยผู้ซักประวัติ	8 (88.89)	1 (11.11)
2.3	ผู้ช่วยเหลือคนไข้นำใบบันทึกสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง มาติดไว้ที่หน้าchart รับใหม่ทันทีที่วัดเสร็จ	9 (100)	0
2.4	พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย ถ่ายเอกสารแบบบันทึก Home Health Care เก็บไว้ในแฟ้ม	9 (100)	0
2.5	หัวหน้าเวร/พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยทำจำหน่าย	9 (100)	0
2.6	ผู้ให้ข้อมูลขณะจำหน่ายแยกเวชระเบียนที่จำหน่าย เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยตรวจสอบก่อนส่งคืน	9 (100)	0
2.7	ลดจำนวนแบบบันทึกโดยการบันทึกคะแนนการประเมินการเกิดแผลกดทับ และความเสี่ยงต่อการเกิดการปลัดตกหกล้มในฟอร์มปรอท	9 (100)	0
3	กำหนดข้อตกลงในการตรวจสอบซ้ำ		
3.1	พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบ เวชระเบียนที่รับใหม่ในเวรของตนเอง	9 (100)	0
3.2	เวรต่อไปตรวจสอบการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่เวรก่อนหน้า	9 (100)	0
3.3	หัวหน้าเวรตรวจสอบการเขียนบันทึกของลูกทีม	3 (33.33)	6 (66.67)
4	การส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล		
4.1	จัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแก่พยาบาลทุกคน	9 (100)	0

ตารางที่ 4-4 (ต่อ)

ข้อ	แนวทางการแก้ไข	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
4	การส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ในการเขียนบันทึก ทางการพยาบาล (ต่อ)		
4.2	มีการอธิบายแนวทางการตรวจสอบบันทึกทางการ พยาบาลด้วยแบบประเมินที่สร้างขึ้น	9 (100)	0
4.3	มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเขียนบันทึก ทางการพยาบาลเป็นระยะๆ	9 (100)	0
4.4	จัดทำตัวอย่างและคำแนะนำในการเขียนบันทึก ทางการพยาบาล	9 (100)	0
4.5	มีการเผยแพร่ตัวอย่างและคำแนะนำในการเขียน บันทึกทางการพยาบาล	9 (100)	0
5	ปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก		
5.1	ปรับแบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge plan)	9 (100)	0
6	เปลี่ยนรูปแบบการบันทึก		
6.1	ปรับวิธีการบันทึกทางการพยาบาลเป็นการใช้ รูปแบบชี้เฉพาะ (focus charting)	5 (55.56)	4 (44.44)

จากตารางจะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวทางแก้ไขการบันทึก
ไม่ครบถ้วนในหอผู้ป่วยกระดูกเชิงเกือบทุกข้อ ยกเว้นในข้อ 2.1 ห้ามพยาบาลเขียนบันทึกล่วงหน้า
ข้อ 2.2 พยาบาลผู้ซักประวัติต้องเขียนบันทึกในแบบประเมินสมรรถนะ แบบบันทึกเพื่อการป้องกัน
และการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ แบบบันทึกการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม แบบบันทึกปัญหาและ
แผนการพยาบาลและแบบบันทึกความก้าวหน้า ข้อ 3.3 หัวหน้าเวรตรวจสอบการเขียนบันทึกทางการ
พยาบาลของลูกทีม และ ข้อ 6.1 ปรับวิธีการบันทึกทางการพยาบาลเป็นการใช้รูปแบบชี้เฉพาะ (focus
charting) ซึ่งเมื่อนำแนวทางในข้อดังกล่าวไปสอบถามความคิดเห็นร่วมกันอีกครั้ง ได้ข้อสรุปเป็นมติ
ร่วมกันว่ายังคงต้องมีการปฏิบัติตามแนวทางในข้อ 2.1 ห้ามพยาบาลเขียนบันทึกล่วงหน้า ข้อ 2.2
พยาบาลผู้ซักประวัติต้องเขียนแบบบันทึกพยาบาลผู้ซักประวัติต้องเขียนบันทึกในแบบประเมิน
สมรรถนะ แบบบันทึกปัญหาและแผนการพยาบาลและแบบบันทึกความก้าวหน้า สำหรับแบบบันทึก
เพื่อการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ และแบบบันทึกการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มนั้น
ได้มีมติร่วมกันว่าให้นำไปบันทึกในแบบฟอร์มปรอท โดยการขีดช่องคะแนนเพิ่มในช่องว่างของ

ฟอร์มปรอทด้านล่าง จำแนกเป็นเวรคิก เวรเช้า และเวรบ่าย โดยมีการลงลายมือชื่อผู้บันทึก ยกเว้นในข้อ 3.3 ที่มีข้อเสนอให้ทำแต่ให้ตรวจสอบบันทึกของผู้ป่วยประเภทวิกฤตและถึงวิกฤตเฉพาะเวรเช้าเท่านั้นเนื่องจากเวรเช้ามีเจ้าหน้าที่พยาบาลมากกว่าเวรอื่นๆและผู้ป่วยทั้ง 2 ประเภทนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ และการให้การรักษาพยาบาลที่มากกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น สำหรับข้อ 5.1 แม้พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจะเห็นด้วยในการปรับแบบบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย แต่เนื่องจากโรงพยาบาลยังไม่มียุทธศาสตร์ในการปรับแบบบันทึกนี้จึงยังคงไม่ดำเนินการในขณะนี้ ส่วนข้อ 6.1 ได้ข้อสรุปว่ายังไม่ควรดำเนินการในเวลานี้ เนื่องจากรูปแบบการบันทึกแบบ APIE ที่ใช้อยู่ เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความคุ้นเคยและมีความถูกต้องตามหลักการบันทึกทางการแพทย์

ข้อสรุปจากการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

โดยสรุปแนวทางแก้ไขการบันทึกไม่ครบถ้วนในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงที่ได้จากการประชุมกลุ่ม ประกอบด้วย 1) กำหนดข้อตกลงในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ 2) กำหนดข้อตกลงในการตรวจสอบซ้ำ 3) การส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ และ 4) ทีมพัฒนาปรับปรุงวิธีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพได้ประชุมเพื่อวางแผนการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ โดยมีการจัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนและการตรวจบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลทุกคน (ภาคผนวก ข) รวมทั้งจัดทำตัวอย่าง คำแนะนำในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ในรูปแบบคู่มือเป็นไฟล์และแฟ้ม โดยความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นผู้ศึกษาและทีมพัฒนาได้ประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนการประชุมชี้แจง ให้ความรู้ให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โดยจัดประชุม 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาทีเพื่อความสะดวกและไม่รบกวนเวลาการทำงานของพยาบาลในช่วงต้นเดือนตุลาคม 2557 หลังจากการให้ความรู้และชี้แจงข้อตกลงในการเขียนบันทึกทางการแพทย์แล้ว จะให้พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงลงมือปฏิบัติตามข้อตกลงโดยทีมพัฒนาคุณภาพจะคอยแนะนำและกระตุ้นให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ และจะมีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ทุกสัปดาห์ในวันจันทร์และวันศุกร์และนำผลที่ได้มาชี้แจงให้พยาบาลทุกคนรับทราบระหว่างการรับส่งเวร

1.7 การปฏิบัติตามแผน (do) ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพร่วมกันนำโครงการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการเขียนและการตรวจบันทึกทางการแพทย์ไปปฏิบัติ ดังนี้

1) ทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการเขียนบันทึกทางการแพทย์ตามเกณฑ์ของสำนักงานพยาบาล อภิปรายแนวทางการเขียนบันทึกทางการแพทย์อย่างถูกต้อง อธิบายแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น รวมทั้งทบทวนข้อตกลงในการเขียน

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงและข้อศอกลงในการตรวจสอบซ้ำ โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ในวันที่ 2 และวันที่ 6 ตุลาคม 2557 ใช้เวลาในการทบทวนประมาณ 45 นาที

2) นำแนวทางและตัวอย่างในวิธีการประเมินในรูปแบบของไฟล์ และเพิ่มเก็บไว้ในหอผู้ป่วยโดยแจ้งแหล่งที่อยู่ให้พยาบาลวิชาชีพทราบ

3) จัดกิจกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกสัปดาห์ในวันจันทร์และวันศุกร์รวมทั้งมีการอภิปรายร่วมกันระหว่างทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการหลังการรับส่งเวร

4) ให้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติได้ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ระหว่างนั้นผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพจะมีการติดตามและให้คำแนะนำเป็นระยะๆ ภายหลังจากทดลองปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว ผู้ศึกษา ทีมพัฒนาคุณภาพและกลุ่มผู้ทดลองปฏิบัติจะมีการประชุมร่วมกันเพื่อสรุปปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และผู้ศึกษาจะนำข้อเสนอทั้งหมดมาปรับแก้ให้เหมาะสม

1.8 ตรวจสอบการปฏิบัติ (check) ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหอผู้ป่วยกระดูกหญิง ร่วมกันนิเทศติดตามและตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในเวรเข้าวันราชการและมีตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในวันจันทร์และวันศุกร์ร่วมกัน ยังพบปัญหาการบันทึกไม่ครบถ้วนในแบบบันทึกประวัติและการประเมินสมรรถนะ การบันทึกปัญหาด้านจิตใจการบันทึกในแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีการให้ข้อมูลย้อนกลับในเรื่องผลการตรวจสอบระหว่างการตรวจประเมินร่วมกันทุกครั้ง หลังจากนั้นทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ดำเนินการสุ่มตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่จำหน่ายระหว่างวันที่ 7-26 ตุลาคม 2557 จนได้ข้อมูลการบันทึกครบจำนวน 40 ฉบับ ซึ่งพบว่าความสมบูรณ์ของการบันทึกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.64 เป็นร้อยละ 83.70

1.9 การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (act to hold the gain and continue improvement) เมื่อได้ผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในภาพรวมที่ร้อยละ 83.70 ซึ่งผ่านเกณฑ์ประเมินที่ได้กำหนดไว้ที่มากกว่าร้อยละ 80 ผู้ศึกษานำผลข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพย้อนกลับให้ทีมพัฒนาคุณภาพและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการ ทราบ โดยประชุมร่วมกันในวันที่ 27 ตุลาคม 2557 มีข้อสรุปว่าควรมีการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอและมีการอภิปรายปัญหาที่พบร่วมกัน ในด้านกรณีนิเทศติดตามมีข้อสรุปว่าควรให้ทีมพัฒนาคุณภาพดำเนินการนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอและมีการชี้ข้อที่ควรแก้ไขและแนวทางที่ถูกต้องในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรวมทั้งมีการให้สะท้อนผลการตรวจสอบกลับแก่พยาบาลวิชาชีพในการประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วย รวมทั้งมีการสรุปผลที่ได้จากการดำเนินการพัฒนา

คุณภาพนำเสนอหัวหน้าตึกใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการบันทึกทางการแพทย์และการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยต่อไป

ส่วนที่ 3 คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ภายหลังการพัฒนา

ตารางที่ 4-5

เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามระยะของการบันทึก

ระยะ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
การบันทึกระยะแรกเริ่ม	58.78	86.28
การบันทึกระยะต่อเนื่อง	40.30	78.23
การบันทึกระยะจำหน่าย	25.84	86.59
รวม	41.64	83.70

จากตารางที่ 4-5 แสดงผลการเปรียบเทียบผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในระลอกก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ พบว่าการบันทึกในในระลอกแรกเริ่มและระยะจำหน่ายมีคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ดีขึ้นอย่างมากและผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือร้อยละ 80 ส่วนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในระลอกต่อเนื่องมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ร้อยละ 80

ตารางที่ 4-6

เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามกระบวนการพยาบาล

ด้านของการบันทึก	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
การบันทึกด้านการประเมิน	42.10	81.85
การบันทึกด้านการวางแผน	46.02	90.88
การบันทึกด้านปฏิบัติการพยาบาล	42.26	86.21
การบันทึกด้านการประเมินผลการพยาบาล	36.19	75.86
รวม	41.64	83.70

จากตารางที่ 4-6 แสดงผลการเปรียบเทียบผลการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใน
ระยะก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ จำแนกตามกระบวนการพยาบาลพบว่าการบันทึกด้านการ
ประเมิน การบันทึกด้านการวางแผน และการบันทึกด้านปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพการบันทึก
ทางการแพทย์พยาบาลดีขึ้นอย่างมากและผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนคุณภาพการ
บันทึกทางการแพทย์พยาบาลการบันทึกด้านการประเมินผลการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นมากแต่ยัง
ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ร้อยละ 80

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอ
ผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

พยาบาลวิชาชีพได้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ
ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์
ดังนี้

4.1 อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบปัญหาดังนี้

เครื่องมือในการประเมินความปวดของผู้ป่วย ที่มีรูปภาพประกอบ (face pain scale) ไม่
เพียงพอ ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า

“คนไข้ไม่เข้าใจที่เราถาม pain scale เครื่องมือที่เราใช้ประเมินใบ face pain scale เรามี
ไม่พอ ตอนนี้เหลืออันเดียว ถ้าเราใช้วิธีถามถามคนไข้ก็ไม่เข้าใจ

“คนแก่หูก็ตึง ตาก็ไม่ดี ถามวันนี้พรุ่งนี้ก็ลืมต้องมาสอนซ้ำ ๆ ใบก็มีใบเดียว”

“บางคนตีความเป็นร้อยเราถาม 10 คนไข้เทียบร้อยเราต้องมาคำนวณเอา ต้องเอารูปไป
ให้ดูอีกรอบ”

“คนแก่บางที่เราต้องเทียบเอา ได้แค่มาปานกลางน้อย”

ทั้งนี้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขดังนี้

เพิ่มเครื่องมือในการประเมินความปวดของผู้ป่วยชนิดรูปภาพ (face pain scale) ดังคำพูด
ของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า

“face pain scale มีใบเดียวทุกคน แย่งกัน ไม่ทัน ต้องใช้วิธีการอธิบาย น่าจะทำเพิ่ม”

4.2 การปฏิบัติตามข้อตกลงในการตรวจซ้ำ พบปัญหาดังนี้

1) พยาบาลไม่กล้าสะท้อนหรือเสนอแนะให้พยาบาลอื่นปรับปรุงการเขียนบันทึก ดัง
คำพูดของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า

“ถ้าพบอย่างไม่ได้ตั้งปัญหาหนูไม่ได้ feedback กับเวรก่อนหน้าหนูก็ตั้งปัญหาเพิ่ม ไปให้
เลย”

“หนูรู้สึกเป็นการจับผิดบางคนคิดมากหนูก็ไม่อยากบอก บางคนก็พูดย้อนกลับมา”

“บางคนไม่ยอมรับเวลาเราบอก”

2) พยายามไม่มีเวลาในการทำการตรวจซ้ำ ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า

“การบริหารเวลาอย่างไรให้ทัน อย่างตรวจ chart เสร็จแล้ว ต้องฝึกน้องใหม่เป็นหัวหน้าเวร
ทำงาน ไม่ทันอยู่แล้ว เสร็จแล้วไม่ได้ตรวจ chart เลย

“ที่ให้ตรวจ chart จำหน่ายเจ้าของ lock ทำไม่ทันเพราะช่วงบ่ายมีทั้งรับใหม่ทั้งรับผู้ป่วย
ผ่าตัดจากห้องผ่าตัด”

ทั้งนี้พยาบาลผู้ให้ข้อมูล ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1) ปรับวิธีการสะท้อนผลการตรวจซ้ำจากทุกเวรเป็นการสะท้อนผลการตรวจสอบโดย
ภาพรวมของการบันทึกเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า

“feedback เป็นกลุ่มจะดีกว่า เดี่ยว รู้สึกคิดว่า การ audit กลุ่ม feedback กลุ่มจะดีกว่า
ความรู้สึกจะดีกว่า เพราะทุกคนก็มีโอกาสที่พลาดได้ ไม่ใช่เราคนเดียว”

“เราต้องมาคุยกันจากที่พี่ๆ ตรวจแล้วพี่ๆ ก็มา feedback และแนะนำว่าควรทำอะไร”

“เดือนหนึ่งเรามาสรุปว่าเราพลาดเราแก้ไขตรงไหน ตอนนีเราพบปัญหาแล้วเราขาด
ตรงไหนอย่างไร ใครบ้างเพิ่มอย่างไรช่วงแรกที่พี่สรุปหนูไม่ได้เข้าหนูก็จะไม่รู้ถ้าเราสรุปตอนประชุม
ทุกคนก็จะรู้เหมือนกันหมด”

“การตรวจสอบเราแยก เป็นแต่ละด้าน แต่ละคน เช่น ข้อการประเมิน pain แรกรับมีก็
chart ที่ไม่ครบ มีใครบ้าง ข้อนี้ได้ 60เปอร์เซ็นต์เพราะอะไร มีใครไม่ได้ทำบ้าง แบบนี้จะรู้สึกดีขึ้น
เพราะที่พี่บอกไม่ได้มีเราคนเดียวที่พลาด”

2) เพิ่มจำนวนครั้งในการสะท้อนผลการตรวจสอบโดยภาพรวมให้มากขึ้น ดังคำพูดของ
พยาบาลวิชาชีพที่ว่า

“หนูสังเกตว่าถ้าเป็นพี่บอกว่าเขียนไม่ครบอย่างไรระยะนั้นก็จะเขียนได้ดีขึ้น พอช่วงที่พี่
ไม่ได้บอกก็จะลดลงไป”

“ที่พบก็คนเดิมๆ อย่างที่พบไม่เขียนอาการสำคัญ เขียนแต่ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน
ไม่เขียนการประเมินความเจ็บปวด เราก็อเลียดก”

“ที่เรานำผลการตรวจสอบมาคุยกันคนที่ไม่ได้ขึ้นเวรก็จะไม่รู้ หรือมีงานแทรกเข้ามาต้อง
ไปทำก็จะไม่ได้ฟัง”

3) ควรมีการชี้ข้อที่ควรแก้ไขและแนวทางที่ถูกต้องในการเขียนบันทึกทางการแพทย์บาล
ดังที่พยาบาลวิชาชีพกล่าวว่า

“ถ้าพี่ตรวจหรือที่เราตรวจกันแล้วไม่ถูกต้องไหนอยากให้เราบอกว่าไม่ครบหรือไม่ถูก
ตรงไหนอย่างไร บอกแนวทางว่าหนูควรเขียนอย่างไร”

4.3 การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบปัญหา ดังนี้

1) พยาบาลยังมีความไม่เข้าใจในวิธีการเขียนปัญหาและการพยาบาลทางด้านจิตใจ ดัง
คำพูดของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า

“เป็นเรื่องที่ยากบางปัญหาเช่นด้านจิตใจมีความซับซ้อนไม่ได้จบภายในเวลาเราต้องใช้
เวลา คนไข้แต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน”

“ตัวอย่างไม่ได้มีด้านจิตใจชัดเจน บางที่ต้องใช้ความสัมพันธ์กับคนไข้จึงจะดึงปัญหา
ออกมาได้ การแก้ไขก็เหมือนกันคนไข้ไม่ได้บอกเราทุกคนเหมือนกัน กับบางคนก็บอกบางคนก็ไม่
บอก”

“หนูไม่รู้ว่าจะเขียนอย่างไร ด้านจิตใจเขียนไม่เป็น”

“เราให้การพยาบาลไปแล้ว ไปพูดคุยแต่ไม่ได้กลับมาเขียนเพราะถ้าเขียนไม่รู้จะเขียน
ประเมินผลอย่างไรหนุกก็เลยไม่เขียน บางทีพอพูดคุยกันคนไข้ก็เสียบๆไม่รู้ว่าจะคลายกังวลหรือเปล่า แต่
หนุกก็นำมาส่งเวรให้เวรต่อไปให้ดูต่อเพียงแต่ไม่ได้เขียนเท่านั้น”

2) ภาระงานที่มากทำให้ไม่สามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์บาลได้อย่างละเอียด ดัง
คำพูดของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า

“บางครั้งเราจะมีผู้ป่วยหนัก ที่ต้องดูแล 4 ทุ่มกำลังเพิ่งได้เขียนชาร์ต (chart) อันแรกเรา
ต้องรีบทำงาน ทำให้ลดรายละเอียดที่เราต้องเขียนของคนไข้คนอื่นลงเราให้การพยาบาลเราก็มาบันทึก
ในผู้ป่วยหนักมากขึ้น ในรายอื่นที่เราให้การพยาบาลไปแล้วเลยไม่ได้บันทึกให้ครบ”

“เราไม่เขียนรายละเอียดเพราะทำไม่ทัน เราจะเขียนแบบไหนให้ประหยัดเวลา ทำ
อย่างไรให้ทันและครบ บันทึกให้ง่าย บางทีเราไม่รู้จะเขียนอย่างไรให้ครบและกระชับ”

“เราส่วนใหญ่รับใหม่ก็เวรเช้ารับมาเตรียมผ่าตัดอีก จำหน่ายก็เวรเช้า บางทีหมอก็มา
ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยช่วงต่อเวรหลายคน ระหว่างที่หัวหน้าเวร ส่งเวรมีงานอื่นไม่มีเวลามาทบทวนchart
จำหน่ายซ้ำให้ เมื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยเสร็จหัวหน้าเวรเขียนไปเองแล้วหนุกก็ไม่ได้กลับมาดูซ้ำ”

ทั้งนี้พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) ควรมีการให้ความรู้ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นและมีการให้ความรู้เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า

“อยากให้เพิ่มว่าอย่างไรรับใหม่เราต้องให้ข้อมูลอะไรบ้าง มี chart ตัวอย่างที่มีรายละเอียดทั้งหมด”

“ที่พี่ให้หนูพูด 4 C ทำให้เข้าใจและจำได้มากขึ้น”

“เพิ่มตัวอย่างการเขียนทางด้านจิตใจ หนูไม่รู้ว่าเขียนอย่างไร”

“ถ้ามีการให้ความรู้เป็นระยะก็จะช่วยเตือนให้จำและเขียนได้ดีขึ้น อย่างถ้าเรามีน้องใหม่ก็จะได้ใช้สอนน้องไปด้วย”

2) ควรมีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงาน

“บางเวรที่เรารู้ล่วงหน้าว่าจะมีคนไข้หลังผ่าตัดใหญ่หลายคนน่าจะขอคนขึ้นเพิ่ม ทำงานก็ไม่ทันกลับมาเขียนก็ไม่ทัน”

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิงโรงพยาบาลนครพิงค์โดยอาศัยแนวคิด FOCUS-PDCA การอภิปรายผลจึงแยกตามคำถามของการศึกษา ดังนี้

1. คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหญิง โรงพยาบาลนครพิงค์

การศึกษานี้ได้ใช้แนวคิด FOCUS-PDCA เพื่อค้นหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนงานและดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งในขั้นการค้นหาปัญหาพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวมมีความถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดในแบบประเมินร้อยละ 41 ซึ่งเป็นผลการประเมินที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รวมทั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.ที่กำหนดไว้ที่มากกว่าร้อยละ 80 แต่ภายหลังจากได้ดำเนินการปรับปรุงพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในภาพรวมภายหลังพัฒนาคุณภาพได้ผลดีโดยมีค่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.70 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับการศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในการศึกษานี้กับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งใช้แนวคิด FOCUS-PDCA เช่น การศึกษาของพัชรพร ตาใจ (2555) ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาด้วยแนวคิดนี้ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 56.94 เป็นร้อยละ 86.11 หรือการศึกษาของกาญจนา พรหมแสน (2555) ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาด้วยแนวคิดนี้ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก

เดิมร้อยละ 67.50 เป็นร้อยละ 87.50 จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี ที่เป็นเช่นนี้เพราะในการนำแนวคิด FOCUS –PDCA มาใช้ได้จะต้องมีการสร้างทีมงานที่มีความเชี่ยวชาญและเข้าใจสภาพการทำงานมาร่วมกันพัฒนาและวางแผนทางในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ยังมีการระดมสมองพยาบาลผู้ปฏิบัติงานร่วมกันแก้ปัญหาและดำเนินการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ให้ดีขึ้น ซึ่งการระดมสมองเป็นกระบวนการที่จะนำมาซึ่งการสร้างทีมงานในการแก้ปัญหา ได้ความคิดใหม่ที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (วันรัตน์ จันทกิจ, 2549)

ในการศึกษานี้ได้ใช้อีกหลายวิธีในการส่งเสริมให้พยาบาลเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้ดีขึ้น ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ในลักษณะการร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน มีการยกตัวอย่างการบันทึกและการติดตามตรวจสอบ และนำผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์มาย้อนกลับให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทราบ ซึ่งการนำหลายวิธีมาประกอบกันในการแก้ปัญหาอาจมีส่วนสำคัญทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้อาจเนื่องจากการให้ความรู้ในลักษณะการร่วมกันอภิปรายและการให้ตัวอย่างในการเขียนบันทึกทางการแพทย์เป็นการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ซึ่งตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของ โนลส์ (Knowles, 1978, อ้างใน สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2544) ที่กล่าวว่าผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีถ้าตรงกับความต้องการและความสนใจผู้ใหญ่มีความรู้ ความสามารถ มีความรับผิดชอบและสามารถควบคุมตนเองรวมทั้งมีประสบการณ์ การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จึงเป็นการชี้นำด้วยตนเองโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์แบบมีส่วนร่วม และสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้เหล่านั้นมาใช้ได้ในทันทีเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของตนเอง จากการให้ความรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้ดีมากขึ้นจึงส่งผลให้การบันทึกมีความสมบูรณ์และครบถ้วนมากขึ้น สอดคล้องกับเจฟเฟอรี (Jefferie, 2011) กล่าวว่าทำให้พยาบาลมีการฝึกเขียนบันทึกทางการแพทย์ โดยมีผู้ให้คำแนะนำในการเขียน และการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอจะช่วยพัฒนาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์ได้ รวมทั้งจากการศึกษาของทรานเตอร์ (Tranter, 2009) ที่พัฒนาการบันทึกทางการแพทย์โดยการสอนให้ความรู้ในเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ หลังจากนั้นให้พยาบาลมีการบันทึกทางการแพทย์เป็นระยะเวลา 18 เดือน โดยมีผู้นิเทศ มีการทบทวน และการประเมินผลทำให้การบันทึกทางการแพทย์มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และนำผลการตรวจสอบมาย้อนกลับให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทราบอาจมีส่วนทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ดีขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นกระบวนการที่ช่วยสนับสนุนให้บรรลุผลตามที่คาดหวังไว้ เกิดการ

เปลี่ยนแปลงและการพัฒนา สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ดีรวมทั้งเพิ่มความตระหนักในตนเอง (Tappen, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวเรศ คุณแก้ว (2551), วิภาวดี วโรรส (2550), รัตนา ยวงคำมา (2548) และจรรย์ญาณี ภูวสันติ (2548) ที่ได้ใช้การประชุมระดมสมอง จัดกิจกรรมให้ความรู้ มีการร่วมกันกำหนดแนวทางและรูปแบบการบันทึก รวมทั้งการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมีการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลตามแนวทางอย่างต่อเนื่องและสร้างสรรค์ส่งผลให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาของดอกเอื้อง แสนสิระ (2551) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการนิเทศการบันทึกการพยาบาล โรงพยาบาล โนนสัง โดยการใช้กิจกรรมการตรวจเยี่ยมก่อนและหลังการพยาบาล (pre-post conference) การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล (case conference) และการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ทำให้ความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น รวมทั้งคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นด้วย

ถึงแม้ว่าผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลภายหลังการแก้ไขด้วยแนวคิด FOCUS-PDCA จะได้ผลดีขึ้นมา แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านของการบันทึกพบว่าการบันทึกในระยะต่อเนื่อง และการบันทึกในด้านการประเมินผลยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาประกอบทำให้ทราบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติยังมีปัญหาในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในด้านจิตใจ และภาระงานที่มากทำให้ขาดความใส่ใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรศิริ ชันเงิน (2542) ที่พบว่าทัศนคติต่อการเขียนบันทึกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ถึงแม้จะจัดโครงการให้ความรู้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วย แต่เนื่องจากตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้นนั้น ไม่มีตัวอย่างครอบคลุมการเขียนปัญหาทางด้านจิตใจจึงอาจส่งผลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการไม่สามารถเขียนบันทึกได้อย่างถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้ในการศึกษานี้ยังไม่ได้มีการแก้ปัญหาหลายอย่างที่พยาบาลวิชาชีพเคยเสนอแนะไว้ในการประชุมระดมสมอง เช่นการปรับแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลในระยะจำหน่าย และปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ หากได้มีการแก้ไขปัญหเหล่านี้เพิ่มเติมอาจทำให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพดีขึ้นได้

2. ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการบันทึกทางการพยาบาล

เมื่อสิ้นสุดโครงการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ ยังคงพบว่ามีปัญหาที่ต้องปรับปรุงก็คือ การขาดแบบประเมินอาการปวดที่เป็นรูปภาพซึ่งต้องมีการจัดทำเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการไม่สามารถปฏิบัติตามข้อตกลงในการ

ตรวจซ้ำตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ เนื่องจากพยาบาลไม่กล้าสะท้อนหรือเสนอแนะให้พยาบาลอื่นปรับปรุงการเขียนบันทึกและการไม่มีเวลาในการตรวจสอบซ้ำ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคลากรมีอายุน้อยคืออายุระหว่าง 22-30 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 63.64) รวมทั้งร้อยละ 45 มีอายุงานในหอผู้ป่วยระหว่าง 0-3 ปี (ตารางที่ 4-1) จึงอาจทำให้ไม่กล้าสะท้อนการตรวจซ้ำ ซึ่งการสะท้อนให้ผู้เขียนทราบมีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล (สุคติศรี หิรัญชอุณหะ, 2551) จึงควรต้องมีการตรวจซ้ำและสะท้อนผลการตรวจให้พยาบาลผู้ปฏิบัติทราบเป็นระยะ ๆ แต่ด้วยปัญหาที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องมีการปรับปรุงกระบวนการตรวจซ้ำที่เคยกำหนดให้มีการตรวจทุกเวอร์ ซึ่งในการศึกษามีข้อเสนอแนะหลายประการที่มาจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการ ได้แก่ปรับวิธีการสะท้อนผลการตรวจซ้ำจากทุกเวอร์เป็นการสะท้อนผลการตรวจสอบโดยภาพรวมของการบันทึกเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย และเพิ่มจำนวนครั้งในการสะท้อนผลการตรวจสอบโดยภาพรวมให้มากขึ้น ข้อเสนอแนะเหล่านี้ น่าจะช่วยแก้ไขปัญหาในการตรวจซ้ำนี้ได้ ดังการศึกษาของดอกเอื้อง แสนสิทธิ์(2551) ที่พบว่าการใช้กิจกรรมการเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล (pre-post conference) และการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ทำให้ความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น รวมทั้งคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ผลการสัมภาษณ์พบว่าพยาบาลยังมีการเขียนปัญหาและการให้การพยาบาลทางด้านจิตใจน้อย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าในระยะดำเนินการผู้ศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาล โดยภาพรวมไม่ได้เน้นในการเขียนปัญหาและการพยาบาลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตัวอย่างการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ให้แก่พยาบาลก็นำเสนอปัญหาและการพยาบาลทางด้านร่างกายมากกว่าทางด้านจิตใจ ประกอบกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจะเห็นได้ว่าประมาณร้อยละ 36 ของพยาบาลในหอผู้ป่วยนี้ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลมาก่อน (ตารางที่ 4-1) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนปัญหา และการให้การพยาบาลทางด้านจิตใจเพิ่มเติมจึงเป็นสิ่งที่ผู้บริหารทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยนี้ควรเร่งดำเนินการ สอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ของพยาบาลที่เสนอแนะว่าควรมีการจัดการให้ความรู้ในเรื่องนี้

นอกจากนี้พยาบาลยังให้ข้อมูลว่ามีเวลาในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลน้อย ทำให้ไม่สามารถบรรยายปัญหาและกิจกรรมพยาบาลที่ให้อย่างละเอียด ปัจจุบันในหอผู้ป่วยนี้มีอัตราพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันดังนี้ เวย์เข้าโดยเฉลี่ย 1:8 เวย์บายโดยเฉลี่ย 1:11 เวย์คิกโดยเฉลี่ย 1:11 แต่เนื่องจากในเดือนที่ดำเนินการศึกษา มีการสอนงานการเป็นหัวหน้าเวย์ให้พยาบาลใหม่จำนวน 1 คน จึงทำให้อัตราพยาบาลต่อผู้ป่วยในเวย์เข้าเปลี่ยนเป็น 1:11 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยเฉลี่ย 1.7 คนต่อวัน ถึงแม้

ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตจะมีจำนวนไม่มากนักแต่ในหอผู้ป่วยกว่า 60 เปอร์เซ็นต์เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และมีผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั้งหมดบนเตียง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทั้งก่อนและหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยข้อสะโพกเสื่อม ผู้ป่วยที่มีความเสื่อมของกระดูกสันหลัง รวมทั้งผู้ป่วยกระดูกขาและข้อสะโพกหักที่มีจำนวนมากกว่า 74 เปอร์เซ็นต์ และภาระงานจากค่าผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity) เท่ากับร้อยละ 147.29 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการขาดแคลนพยาบาล (สถิติหอผู้ป่วยกระดูกหญิงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557) จึงไม่น่าแปลกที่พยาบาลจะมุ่งที่การเขียนบันทึกทางการพยาบาลไปในรายชื่อผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตให้ครอบคลุม เนื่องจากมีข้อตกลงในการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยว่าจะตรวจสอบในผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการให้การพยาบาลในผู้ป่วยหนักจะใช้เวลามากกว่าผู้ป่วยอื่นจึงทำให้การบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยอื่นลดน้อยลงไป ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุม จึงมีข้อเสนอแนะจากพยาบาลวิชาชีพให้เพิ่มอัตรากำลังในวันที่คาดว่าจะมีภาระงานมาก ซึ่งในหอผู้ป่วยสามารถประมาณการได้เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบกระดูกและข้อที่มีพยาธิสภาพจากความเสื่อมของร่างกาย ทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่าวันไหนจะมีภาระงานที่มากขึ้น สอดคล้องกับจิตศิริ ชันเงิน (2542) ซึ่งพบว่า อัตรากำลังที่ไม่เหมาะสม ความยุ่งยากรวมทั้งภาระงานจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไป ความเร่งด่วนของงาน และการมีภารกิจอื่นที่ไม่ใช่งานของพยาบาลเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการเขียนบันทึกทางการพยาบาล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved